

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

518

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Louis SAINT-PIERRE

Né le 10 Août 1902 à Birkadem (Algérie)

Interne des Hôpitaux de Paris

Membre de la Société Anatomique de Paris

DU CHOIX DU MEILLEUR PROCÉDÉ
D'HYSTÉROPEXIE MÉDIATE

(La Ligamentopexie intra-pariétale : procédé de Doléris-Beck-Richelot)

Président : M. J.-L. FAURE, *Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Louis SAINT-PIERRE

Né le 10 Août 1902 à Birkadem (Algérie)

Interne des Hôpitaux de Paris

Membre de la Société Anatomique de Paris

DU CHOIX DU MEILLEUR PROCÉDÉ
D'HYSTÉROPEXIE MÉDIATE

(La Ligamentopexie intra-pariétale : procédé de Doléris-Beck-Richelot)

Président : M. J.-L. FAURE, *Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1931

LE DOYEN..... M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.....	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	GRÉGOIRE.
Physiologie.....	BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie.....	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	LENORMANT
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie.....	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique.....	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LA VASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	M. VILLARET.
	CARNOT.
Clinique médicale.....	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.....	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD
Professeur sans chaire.....	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
AUBERTIN..... Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.
BROCQ..... Pathologie chirurgicale.
BRULÉ..... Pathologie médicale.
BUSQUET..... Pharmacologie.
CADENAT..... Pathologie chirurgicale.
CATHALA Pathologie médicale
CHABROL Pathologie médicale.
CHAILLEY-BERT Physiologie.
CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
DOGNON..... Physique.
DONZELOT..... Pathologie médicale.
ÉCALLE..... Obstétrique
FEY..... Urologie.
GASTINEL Bactériologie.
GATELIER.... Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chi-
rurgicale.
GIROUD Histologie.
HARVIER..... Pathologie médicale.
HAZARD..... Pharmacologie.
HOVELACQUE. Anatomie.
HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
HUTINEL..... Pathologie médicale.
JOANNON Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
LAROCHÉ (Guy) Pathologie médicale.
LEVEUF..... Pathologie chirurgicale.
LÉVY-VALENSI Neuro-psychiatrie.
LIAN..... Pathologie médicale.
MILLOT..... Histologie.
MONDOR..... Pathologie chirurgicale.
MOREAU..... Pathologie médicale.
MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
MOURE..... Pathologie chirurgicale
MULON..... Histologie.
OBERLING.... Anatomie pathologique.
OLIVIER..... Anatomie.
PIÉDELIÈVRE. Médecine légale.
PORTES..... Obstétrique.
QUÉNU..... Pathologie chirurgicale.
RICHT Fils... Physiologie.
SANNIE..... Chimie biologique.
SÉZARY..... Dermatologie et syphili-
graphie.

VALLERY-RADOT
(Pasteur).... Pathologie médicale.
VAUDESCAL... Obstétrique.
VELTER..... Ophtalmologie.
VERNE..... Histologie.
VIGNES..... Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GUÉNIOT..... Obstétrique
LEQUEUX Obstétrique.
LEROUX..... Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
RETTERER.... Histologie.
ZIMMERN..... Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DU COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.

ABRAMI..... Clinique médicale.
CHIRAY..... Clinique médicale.
DEBRÉ..... Clinique médicale.
DUVOIR..... Clinique médicale.
BASSET..... Clinique chirurgicale.
CHEVASSU.... Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER . Clinique chirurgicale.

MM.

MATHIEU..... Clinique chirurgicale.
MOCQUOT..... Clinique chirurgicale.
PROUST..... Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.
LE LORIER.... Clinique chirurgicale.
LÉVY-SOLAL.. Clinique obstétricale.
METZGER..... Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire.....	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....	
CHAILLEY-BERT, agrégé.....	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD.....	Education physique.
WEIL-HALLÉ.....	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. L. FAURE

Chirurgien de l'hôpital Broca
Membre de l'Académie de Médecine

Hommage respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR G. KUSS

Chirurgien de l'hôpital de la Charité

*Qui nous a fourni le sujet
de cette thèse, j'adresse mes
remerciements pour ses conseils
et l'accueil qu'il nous a donné
dans son service.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

1921. 2^e *semestre.*

MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD

Beaujon

1922. 1^{er} *semestre.*

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARTMANN

Hôtel-Dieu

1922. 2^e *semestre.*

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT

Beaujon

Externat

1923.

MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNÉO

Lariboisière

1924. 1^{er} *semestre.*

MONSIEUR LE DOCTEUR DE MASSARY

Lariboisière

Internat provisoire

1924. 2^e *semestre.*

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHABROL

Lariboisière

1925. 1^{er} *semestre.*

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SOREL

Berck

1925. 2^e *semestre.*

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMAITRE

Saint-Louis

1926. 2^e *semestre*

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. L. FAURE

Broca

Internat

1927. 1^{er} semestre.

MONSIEUR LE DOCTEUR GERNEZ

Broussais

1928. 2^e semestre.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEJARS

Saint-Antoine

1929. 1^{er} semestre.

MONSIEUR LE DOCTEUR GERNEZ

Tenon

1929. 2^e semestre.

MONSIEUR LE DOCTEUR CATHALA

Saint-Louis

1930.

MONSIEUR LE DOCTEUR MOUCHET

Saint-Louis

1931. 1^{er} semestre.

MONSIEUR LE DOCTEUR KUSS

Charité

1931. 2^e semestre.

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. L. FAURE

HISTORIQUE

Le nombre des procédés ayant pour but de redresser l'utérus rétrofléchi ou rétroversé est considérable ; il dépasse largement la centaine ; Carrington comptait 99 variétés en 1925 (*Surgery, Gyn. and Obst.*, oct. 1925) et depuis ce chiffre s'est encore accru.

Il s'agit d'ailleurs beaucoup plus souvent, de variantes, de modifications secondaires de détails que de procédés vraiment originaux.

On est intervenu soit sur les ligaments ronds, soit sur ligaments larges, soit sur les ligaments utéro-sacrés, soit sur l'isthme, le corps ou le fond de l'utérus par voie vaginale ou abdominale, péritonéale ou extra-péritonéale, et ces différentes interventions, en quelque sorte élémentaires, ont été combinées de façons diverses les unes avec les autres.

Pour expliquer une telle richesse de procédés, il faut tenir compte de l'histoire de la chirurgie, de l'apparition de l'asepsie, et de facteurs individuels tenant aux auteurs.

C'est ainsi qu'avant l'ère aseptique et à son début la crainte de l'infection a fait la vogue des procédés extra-péritonéaux. Puis les chirurgiens ont été guidés dans leur choix, par une idée préconçue de solidité de la fixation, de

situation physiologique de l'utérus, de grossesse ultérieure.

Pour bien situer le procédé de Doléris, il est nécessaire de passer en revue les différentes méthodes proposées pour fixer l'utérus.

Elles comprennent deux groupes :

Les hystéropexies directes, immédiates ;

Les hystéropexies indirectes, médiates.

HYSTÉROPEXIES DIRECTES

Vaginales ou abdominales, elles cherchent à créer des adhérences entre l'utérus et le vagin ou la paroi abdominale.

Nous en verrons plus loin tous les inconvénients.

CLASSIFICATION

I. — VAGINALES : COLPOFIXATION DIRECTE.

Amussat, 1856 ; Richelot père, 1868 ; Robineau, 1886 ; Mackenrodt et Dührssen, 1892 ; Richelot fils, 1895.

La vésico-fixation de Mackenrodt, 1895.

La vagino-abdominale de Candela.

II. — ABDOMINALES : VENTRO-FIXATION DIRECTE.

1^o *Extra-péritonéales* :

a) Sims, 1859 ; Kelly, 1889 ;

b) Canava, 1882 ; Crespi, 1890 ;

2^o *Intra-péritonéales*.

Nous adopterons l'excellente classification de M. Baudoin.

I. — PROCÉDÉS A SUTURES HORIZONTALES :

A. *Sutures temporaires* :

1^o Procédé de Léopold ;

2^o Procédé de Boldt ;

3^o Procédé de Gottchalk.

B. *Sutures perdues* :

a) Sutures médianes à points séparés : pr. de Czerny-Terrier ; pr. de Tuffier ; pr. de Laroyenne ; pr. de Legueu ; Sutures médianes en surjet : procédé de Pozzi.

b) Sutures bilatérales et symétriques : pr. de Picqué.

II. — PROCÉDÉS A SUTURES VERTICALES :

a) Procédé de Zinsmeister ;

b) Procédé de Faucon.

L'historique des hystéropexies directes sort du cadre de notre sujet. Il est toutefois nécessaire de décrire rapidement le procédé de Czerny-Terrier ; il est encore pratiqué actuellement pour remédier au prolapsus des femmes âgées.

Czerny a décrit son procédé en 1888. Sans connaître ce travail, Terrier en France donna en 1889 un procédé analogue avec quelques différences. Après laparotomie médiane et sous-ombilicale, un fil temporaire traverse le fond de l'utérus et le soutient au cours de l'opération. Puis, trois fils de soie traversent successivement la paroi à l'exception du plan cutané, et le tissu utérin au niveau de

la face antérieure de l'isthme, du corps et du fond ; ils sont liés de bas en haut, le fil de soutien est enlevé et la paroi refermée.

HYSTÉROPEXIES INDIRECTES

Ce sont les ligamentopexies et la fixation peut se faire par l'intermédiaire des ligaments larges, utéro-sacrés ou ronds.

CLASSIFICATION

A. — LIGAMENTS UTÉRO-SACRÉS.

1^o *Voie vaginale* : Goltschalk ; Gaillard ; Thomas ; Schultze ; Freund ;

2^o *Voie abdominale* : Kelly ; Frommel.

B. — LIGAMENTS LARGES :

1^o *Voie vaginale* : Kochs ;

2^o *Voie abdominale* : Lawson Tait ; Imlack ; Von Winniwarter ; Byford ; Fraipont.

C. — LIGAMENTS RONDS.

1^o *Voie vaginale : vagino-fixation indirecte* : Les ligaments ne sont pas fixés au vagin : Wertheim ; Schauta.

Les ligaments sont fixés au vagin : Godinot ; Bode ;

2^o *Voie inguinale : extra-péritonéale* : Alquié de Montpellier (17 novembre 1840) ; Alexander de Liverpool (décembre 1881) ; Adam de Glasgow (juin 1882).

Duplay la pratiqua le premier en France.

3^o *Voie abdominale intra-péritonéale* ;

Deux grands groupes :

a) Raccourcissement sans fixation pariétale :

Plicature simple : Wylie (1886) ; Ruggi (1886) ; Bode (1889) ; Mann (1895).

Plicature et suture pré-utérine des deux ligaments : Polk (1887).

Suture à la face antérieure de l'utérus : Budley (1889) ; Baudoin (1890).

Suture à la face postérieure de l'utérus : Baldy, 1^{re} et 2^e manières (1903) ; Dartigues-Caraven (1906) ;

b) Raccourcissement avec fixation pariétale : Doléris (1889-1898-1904) ; Gilliam (1900) ; Beck (1897).

Pollosson-Pellanda : c'est le Doléris-Gosset (1912).

PROCÉDÉS SPÉCIAUX :

1^o Pestalozza (1906) : Hystéropexies pelviques ;

2^o Mocquot (1900) : Section des ligaments ;

3^o Chevrier (1910) : Dénudation des ligaments ;

4^o Aubert (1920) : Amarrage séparé à l'aponévrose.

PROCÉDÉS MIXTES :

1^o Desmarest (Thèse Orthodoxe, Paris, 1922) : Isthmo-ligamentopexie ;

2^o Dartigues (1920) : Orthométrie ligamentaire ;

Écartant les opérations portant sur les ligaments utéro-sacrés et les ligaments larges, nous nous attacherons à l'étude des ligamentopexies inguinales et abdominales.

LA LIGAMENTOPEXIE INGUINALE

Elle a connu des sorts divers.

Conçue pour la première fois par Alquié, professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier, elle fut présentée à l'Académie de Médecine le 17 novembre 1840. Mais l'auteur n'eut pas la hardiesse de la pratiquer, fait compréhensible étant donnée l'époque. En effet, la science anatomique ne permettait pas alors de découvrir à coup sûr les ligaments ronds et l'infection dominait l'intervention. Elle fut pratiquée d'abord par Alexander de Liverpool, le 1^{er} décembre 1881, puis par Adam de Glasgow, en juin 1882.

Ce dernier ne pouvant connaître l'intervention et d'ailleurs le succès d'Alexander qui fut publié ultérieurement, il est juste de dénommer cette technique : Procédé d'Alquié-Alexander-Adam.

En France, elle fut pratiquée pour la première fois par Duplay, en 1885. Dartigues, sous le nom d'Orthométrie par Ligamentopexie inguino-pré-pubienne, a repris ce procédé à son compte en l'associant à une laparotomie médiane de contrôle.

Tout récemment, R. Dieulafé a remis cette voie en hon-

neur la réservant aux rétroversions mobiles et l'associant dans certains cas à une cure radicale de hernie concomitante ou à une appendicectomie.

Mais ce procédé, s'il n'est pas dangereux et s'il n'exerce aucune influence sur la grossesse et l'accouchement, est le plus souvent insuffisant. Enfin, il est aveugle, aucun contrôle du redressement et des lésions annexielles n'est possible et l'absence de toute exploration intra-péritonéale, ne permet pas de détruire éventuellement des adhérences fixant la rétroversion.

« Le raccourcissement extra-péritonéal a surtout vécu de la crainte qu'a inspirée longtemps la laparotomie » (Forgue).

Mais les progrès de l'asepsie, le caractère aveugle de la manœuvre inguinale et son insuffisance devaient attirer l'attention des chirurgiens sur les ligamentopexies hautes.

LA LIGAMENTOPEXIE ABDOMINALE

Elle comprend les plicatures simples, les plicatures avec suture utérine, les inclusions pariétales.

Les procédés de raccourcissement intra-péritonéal, sans fixation pariétale se font selon deux techniques différentes :

1^o La simple plicature des ligaments ronds à la partie moyenne (procédés de Wylie et de Ruggi) ;

2^o La plicature des ligaments ronds à leur terminaison avec suture à l'utérus, au niveau de sa face antérieure et de ses cornes (procédés de Bode, Polk, Dudley).

Les ligaments ronds sont le plus souvent raccourcis devant l'utérus, dans le cavum anté-utérin.

Procédé de Wylie. — Wylie pratiqua la première ligamentopexie au début de l'année 1886 et publia son procédé en mai 1889 (Thèse Landron, 1900). La plicature était bilatérale. Chacun des ligaments, saisi à la partie médiane, entre pubis et corne utérine, attiré dans la plaie abdominale est coudé selon un angle à sommet externe ; sur sa face interne, il est « raclé », avivé, dénudé de son revêtement péritonéal, et trois soies, chargeant une grande épaisseur du ligament traversent les deux chefs ; la ligature est peu serrée pour éviter de « couper ou blesser les tissus ».

Procédé de Ruggi. — Cet auteur qui pratiqua la ligamentopexie à la fin de 1886 a contesté à Wylie, la priorité de son mode opératoire, si bien qu'il est souvent dénommé : Procédé de Wylie-Ruggi. Il ne diffère du précédent que par un surjet au catgut double et entrecroisé adossant les deux branches de l'angle du ligament et tenant lieu des trois fils de soie séparés.

C'est avec quelques variantes que Monprofit a vulgarisé ce procédé en France.

Procédé de Bode. — Le ligament rond pincé à quelques centimètres de la corne utérine est fixé par un fil à cette corne puis coudé en dedans, il offre un angle dont l'ouverture se présente vers l'extérieur, contrairement aux deux techniques précédentes.

Procédé de Mann. — Le raccourcissement porte sur les parties externe et interne des ligaments ronds. Après réduction de la rétroflexion, deux pinces divisent le liga-

ment en trois portions égales ; au niveau de la pince interne un fil traverse successivement le ligament et la corne utérine ; un second fil rase la pince externe et traverse la paroi abdominale au point où le ligament rond aborde l'orifice inguinal profond.

Les deux fils sont noués, le ligament se raccourcit et la partie médiane se tend entre les deux plicatures.

Procédé de Polk. — La partie moyenne de chaque ligament est dénudée sur quatre centimètres environ et le péritoine refermé par un surjet au-dessous du ligament ; puis par traction le ligament est coudé à ce niveau et les deux sommets internes de chaque ligament sont suturés par des points séparés ou par un surjet. Le raccourcissement est d'autant plus marqué que la suture est plus longue et le résultat est la formation d'une sangle ligamenteuse pré-utérine.

Procédé de Budley. — C'est un véritable abaissement de l'insertion utérine du ligament rond. L'utérus est avivé au niveau de sa face antérieure et de ses bords latéraux selon deux bandelettes verticales de 1 centimètre de longueur environ, partant du haut de la corne et se terminant en bas par adossement à 2 centimètres au-dessus du cul-de-sac vésico-utérin. Chaque ligament rond est sectionné au ras de l'utérus, avivé et suturé par appliquages le long de chaque bandelette ; ils sont également suturés l'un à l'autre par quelques points séparés.

M. Baudoin a modifié ce procédé en l'associant à la plicature de Bode et en supprimant l'avivement utérin.

Procédé de Baldy dit de Dartigues et Caraven. — La ligamentopexie rétro-utérine et sous tubo-ovarienne par raccourcissement intra-péritonéal, mais sans fixation pariétale a été décrite par Baldy en 1903.

Comme l'a fort justement remarqué Küss en 1906 : « Il n'y a pas de procédé de Dartigues » et la priorité en revient sans conteste au chirurgien de Philadelphie.

Tout d'abord, il sectionnait les ligaments ronds au ras de la corne utérine : c'est le Baldy première manière. Puis il supprime ce temps : c'est le Baldy deuxième manière : le ligament large est transfixé de force (*is forced*) par une pince d'arrière en avant, sous le ligament rond, à 15 millimètres environ de son insertion utérine ; les deux pinces saisissent les deux ligaments ronds, les attirent l'un vers l'autre et les adossent en boucle derrière l'utérus par une soie ; une autre soie les fixe au péritoine utérin.

Face postérieure et bords latéraux de l'utérus sont ainsi compris dans une fronde de soutien.

Mais comme nous le verrons plus loin, la fixation pariétale est indispensable au maintien de la réduction. C'est le grand mérite de Doléris et de Beck d'avoir « inventé » ce procédé et celui de Richelot d'en avoir été l'ardent défenseur, ce qui justifie le nom de procédé de Doléris-Beck-Richelot que lui a donné Küss (1). Nous en étudierons ultérieurement la technique complète, mais auparavant nous décrirons rapidement quelques autres procédés, variantes, pour la plupart, du Doléris.

C'est ainsi que Pollosson et Pellanda ont associé à la

(1) Après être remonté aux sources bibliographiques (*La gynécologie*, oct. 1906, pp. 415-421).

ligamentopexie intra-pariétale, l'incision de Pfannenstiël. Cette technique séduisante a été admirablement décrite par Gosset en 1912, dans le *Journal de chirurgie*.

Gosset pratique une incision sus-pubienne courbe à concavité supérieure, associée à une incision verticale sur la ligne blanche du plan aponévrotique. Cette dernière doit s'arrêter à 3 centimètres au-dessus du bord supérieur du pubis, de manière à ménager une bande d'aponévrose qui servira à soutenir l'amarrage ligamentaire, puis est tunnellisée de façon à retenir les ligaments ronds comme dans le procédé de Doléris.

A ce propos l'histoire de l'incision transversale est intéressante. Avant Pfannenstiël, l'incision transverse était utilisée pour la symphyséotomie (1850), mais était exclusivement cutanée ; quant à Küttner de Breslau qui l'utilisa le premier pour une laparotomie, il pratiqua une incision cruciale, transversale pour la peau, verticale pour l'aponévrose. Ainsi donc, dans la technique préconisée par Gosset, il s'agit d'une incision de Küttner et non de Pfannenstiël.

C'est Pollosson et Pellanda qui ont adapté au procédé de Doléris la véritable incision de Pfannenstiël.

Procédé de Pestalozza. — Le procédé de Pestalozza a été exposé au congrès italien d'obstétrique et de gynécologie de 1906. C'est une hystéropexie pelvique offrant l'avantage de garder à l'utérus sa situation normale d'antéflexion dans la cavité pelvienne.

Procédé de Mocquot. — Décrit dans la thèse de Sazerac de Forge, ce procédé associé à un cloisonnement du Douglas

la section et le doublement des ligaments ronds. Il « consiste à sectionner le ligament rond de chaque côté, à sa partie moyenne, et à accoler l'une à l'autre, les parties proximale et distale du ligament homologue. Les ligaments se trouvent ainsi raccourcis et renforcés ».

En 1926, G. L. Carrington a publié un procédé de dédoublement s'en rapprochant, mais cependant différent. « Après section des ligaments ronds, il suture l'extrémité distale à la paroi antérieure de l'utérus et l'extrémité proximale à la paroi du muscle grand droit. Les deux parties du ligament étant suturées l'une à l'autre dans leur trajet parallèle. »

Procédé de Chevrier. — Par l'existence d'une gaine séreuse protégeant les ligaments ronds et du rôle anticoalescent de l'endothélium péritonéal, Chevrier justifie la dépéritonisation de ces ligaments.

L'utilité de cette décortication séreuse est également reconnu par Ch. Beck, Spinelli, Foschini.

Autres procédés. — Aubert pratique l'incision de Pfannens tiel, mais amarre les ligaments ronds à l'aponévrose par fixation directe de chaque côté et sans suture de chaque ligament l'un à l'autre.

Enfin, certains procédés sont nettement mixtes. Desmarest (Thèse Orthodoxe, Paris, 1922) combine dans certains cas l'isthomopexie à la ligamentopexie.

Dartigues (P. M., 1920) associe l'Alquié à l'Alexander. Dans un premier temps, une laparotomie sus-pubienne transverse permet d'explorer l'utérus et ses annexes, puis

découvrant de chaque côté la paroi antérieure du canal inguinal et le ligament rond, on pratique sensiblement la technique d'Alquié-Alexander, et on constitue ainsi sous le contrôle de la laparotomie une sangle pré-pubienne très solide. Mais ce procédé paraît bien long et complexe.

INTERVENTIONS COMPLÉMENTAIRES

Les classiques pratiquaient couramment des opérations plastiques sur le col utérin et les associaient fréquemment à une suspension utérine ; l'intervention type était l'amputation supra-vaginale du col. Ces opérations ont été à juste titre abandonnées ; bien plus, il nous semble contre-indiqué de les associer à une ligamentopexie, car la simple suspension utérine a souvent une influence heureuse sur ces lésions.

La dilatation du col avec bougies métalliques, suivie ou non suivie de curettage peut constituer un temps préliminaire, mais les indications en paraissent assez rares.

Il n'en est pas de même des périnéorraphies et nous en rapportons une observation (Obs. II). Il n'est pas rare de rencontrer chez ces femmes à terrain ptosique un utérus rétroversé et un périnée insuffisant ; la cystocèle est également fréquente chez ces sortes de malades. C'est leur rendre service que de compléter l'intervention par une colpopérinéorraphie. S'il s'agit de femmes jeunes et résistantes, on a tout bénéfice à pratiquer l'intervention en un seul temps en commençant par le temps le plus aseptique, la ligamentopexie. Dans le cas contraire, c'est en deux temps que l'on opérera en débutant par le temps périnéal.

Nous avons vu que la cure d'une hernie inguinale était

facile au cours de l'intervention par le procédé d'Alquié-Alexander. On peut également la pratiquer conjointement avec la ligamentopexie intrapariétale, mais il paraît alors préférable d'utiliser l'incision de Pfannenstiel qui donne un jour beaucoup plus grand sur la région inguinale.

Certains chirurgiens recommandent l'oblitération du cul-de-sac de Douglas lorsque celui-ci est anormalement profond.

La technique en a été parfaitement réglée par Marion. Un point en bourse faufile près du fond du cul-de-sac de Douglas, accole face antérieure du rectum et face postérieure du vagin et solidarise les deux faces latérales du cul-de-sac à un repli séreux ; lorsque la bourse est complète, les deux chefs sont noués et, en remontant, on crée des bourses de plus en plus larges par suite de l'évasement du cul-de-sac.

Cette occlusion du Douglas par étages peut être utilement complétée par l'adossement et la solidarisation des deux ligaments utéro-sacrés qui constituent un des meilleurs moyens de fixation de l'utérus.

La résection du nerf présacré a pu parfois être pratiquée ; nous ne croyons pas que les indications de cette résection soient actuellement encore bien définies et qu'il y ait lieu, à moins d'indications d'espèce évidentes d'ajouter à la ligamentopexie intra-pariétale, telle que nous allons l'étudier *des opérations ou des temps complémentaires qui lui enlèveraient son principal mérite d'être une opération simple, bien réglée, d'exécution rapide et de très grande innocuité.*

Les opérations plastiques pratiquées sur les trompes sont indiquées dans certains cas rares d'oblitérations tu-

baires évidentes ou de fermeture du pavillon tubaire, de même que la libération et le redressement d'une trompe pliquaturée ou coudée.

Toutefois, l'appendicectomie systématique nous paraît très recommandable ; elle sera pratiquée naturellement avant la ligamentopexie et ici, plus qu'ailleurs, il est nécessaire d'enfour le moignon appendiculaire.

INDICATIONS DE LA LIGAMENTOPEXIE PAR LE PROCÉDÉ DE DOLÉRIS

L'indication anatomique de la ligamentopexie est la rétroversion et la rétroflexion.

Normalement l'utérus, chez la nullipare, est mobile, fortement antéversé et modérément antéfléchi ; chez la multipare, il est beaucoup plus mobile, moins antéversé, mais en antéflexion plus marquée. Sa situation varie d'ailleurs avec la puberté, la menstruation, la grossesse et la ménopause.

La rétroflexion est plus couramment observée que la rétroversion. Le col occupe une situation normale, tout au plus légèrement remontée grâce aux ligaments utéro-sacrés ; seul le corps est tombé dans le cul-de-sac de Douglas, s'est fléchi sur le col, resté en place, et son axe forme avec celui du col un angle obtus ouvert en avant et en bas. C'est une déviation partielle de l'utérus.

Dans la rétroversion, par contre, il s'agit d'une déviation totale. Tout l'utérus, col et corps, bascule en arrière. Le col plus ou moins remonté, se cache derrière la symphyse et l'axe du corps continue celui du col ; il n'existe pas d'angle de flexion. Au toucher vaginal les culs-de-sac latéraux sont souples et libres ; par contre le cul-de-sac antérieur est réduit, le postérieur augmenté ; le fond utérin mo-

bile peut être accroché avec le doigt et rejeté en avant ; une crête médiane, décrite par Meckel, puis par Le Dentu, permet de repérer la face postérieure de l'utérus.

Le syndrome qui amène la malade au chirurgien est toujours identique dans ses grandes lignes ; ce sont des douleurs sacrées, réflexes, occasionnées par le déplacement utérin : Douleurs lombaires, coccygiennes ou des membres inférieurs, simulant une sciatique, exagérées par la station verticale et la fatigue ; il faut d'ailleurs pratiquer un examen de la malade nue, et presque toujours, elle montre non pas la région lombaire, mais la région sacrée.

Notre maître, M. Küss, insiste longuement dans son enseignement au lit de la malade, sur les deux modifications importantes que présentent les règles qui sont à la fois *retardées* et *douloureuses*. L'évacuation sanguine est en effet gênée par la flexion utérine, ce qui explique le retard de quelques jours que présentent souvent ces malades, ainsi que les coliques précédant les règles ; puis des contractions plus fortes entraînent le flux menstruel et la malade est soulagée, mais fréquemment, au cours des mêmes règles, une nouvelle rétention se produit et le même cycle douloureux recommence. Il n'est pas rare non plus de voir ces malades rechercher des positions diverses, sur le ventre ou à genoux, qui les soulagent et semblent favoriser l'issue des règles.

En même temps s'associent des troubles sympathiques, plus ou moins complexes : migraine, asthénie, mélancolie, irritabilité et insomnie. D'autres malades accusent de l'amaigrissement, des alternatives de diarrhée et de constipation avec entérite simple ou muco-membraneuse.

Au toucher vaginal, on trouve un gros corps métritique, basculé en arrière, sensible sinon douloureux, soit mobile, surtout s'il s'agit d'un défaut d'involution utérine puerpérale, soit fixe surtout dans les infections post-abortum ou salpingiennes.

D'autre fois, on est en présence d'une femme plus âgée, et, à la rétro-flexion s'associe un prolapsus, généralement lié à une déchirure périnéale ancienne, non suturée ou mal suturée.

En dehors de ce syndrome, il existe des indications très précises à opérer une rétroflexion utérine. C'est ainsi que la stérilité persistante ou l'avortement à répétition sont justifiables d'une ligamentopexie.

La pyélonéphrite comme le démontre une de nos observations (Obs. III) peut être guérie par une fixation qui en supprime la cause : la constipation.

En résumé, les indications de la ligamentopexie sont multiples. Elles doivent répondre à des nécessités statiques, thérapeutiques et obstétricales. Elle est indiquée chez la femme jeune et à la ménopause ; quand à l'hystéropexie directe, elle ne vit que des contre-indications de la ligamentopexie : âge avancé, post-obstétrical, ténuité des ligaments ronds, et elle devra toujours céder le pas au procédé de Doléris.

DE QUELQUES LÉSIONS TROUVÉES A L'INTERVENTION

L'utérus rétrofléchi est généralement un peu gros, surtout au niveau de sa face postérieure, gorgé de sang, mais pâle.

Il est plus ou moins ballant, toutefois des adhérences peuvent exister entre la région isthmique et le rectum ; il importe de les détruire soigneusement.

Les pédicules vasculaires de l'utérus sont fréquemment tortueux, augmentés de volume, réalisant le varicocèle pelvien.

Un certain degré de prolapsus ovarien accompagne presque toujours la rétrodéviation. La situation postérieure d'une annexe, basculée dans le cavum rétro-utérin, peut d'ailleurs être parfois perçue au toucher vaginal ; c'est une cause de douleurs qu'il faut supprimer par une reposition antérieure de l'ovaire prolabé.

Les annexes seront examinées de très près. On recherchera l'amorce d'une torsion tubaire. Si l'on reconnaît la nécessité d'une résection partielle des annexes, il sera utile, avant d'y procéder de rechercher la perméabilité de la trompe par cathétérisme du pavillon ; si elle est intacte, le traitement sera le plus conservateur possible ; si elle est supprimée on pratiquera une salpingectomie. Dans d'autres

cas, la destruction d'adhérences péri-salpingiennes, la néosalpingostomie seront un complément utile de l'intervention.

La présence de kystes hématiques folliculaires ou du corps jaune, l'ovarite scléro-kystique seront justiciablés d'une ovariectomie toujours préférable à l'ignipuncture (récidives possibles).

Cet utérus incarcéré, presque lové dans le Douglas est, par une traction plus ou moins forte, dégagé plus ou moins facilement ; au moment de son dégagement de l'arrière-fond du cul-de-sac, on entend un bruit hydro-aérique, aspiratif, analogue au débouchement d'une bouteille ; le cul-de-sac de Douglas est alors examiné ; chez ces malades, il est souvent très profond, pouvant atteindre le périnée. Après avoir évalué sa profondeur, on peut apprécier sa sensibilité (réflexe mis en valeur par Richelot et Albertin). Presque toujours l'arrière-fond contient une sérosité hématique, due à l'hyperhémie utérine.

Ces malades sont souvent des femmes maigres, mais il faut bien savoir que la flaccidité pariétale n'est pas une contre-indication à la ligamentopexie, car la fixation se fait dans la partie sus-pubienne des droits qui est toujours relativement bonne. Dans la quinzaine suivant l'intervention, on pourra suivre la diminution de volume du corps utérin, sa mobilité, son degré d'antéversion qui doit être léger, le cul-de-sac postérieur qui doit rester vide, profond et indolent. Mais, fait important, le col ne reprend qu'au bout de plusieurs mois sa situation normale.

INCIDENTS ET COMPLICATIONS SUITES OPÉRATOIRES

Les complications survenues au cours ou à la suite d'une ligamentopexie par le procédé de Doléris n'existent pas. Celles qui ont été signalées relèvent toutes d'une faute de technique ou d'une indication posée à la légère.

La possibilité d'un hématome, résultant de la traversée du muscle droit n'existe pas si l'on a soin de placer après l'intervention, un bourdonnet.

La blessure de l'épigastrique nécessite en raison des caractères anatomiques de cette artère la ligature des deux bouts.

On a reproché au Doléris de constituer deux piliers latéraux entre lesquels peut se former un étranglement interne ; mais si on attire suffisamment le ligament rond, la face antérieure de l'utérus est plaquée contre la paroi et il n'existe plus aucun risque d'occlusion post-opératoire immédiat ou secondaire.

Dans une observation de G. Michel une anse grêle fut entraînée avec le ligament rond et incarcérée dans la paroi. Elle fut cause d'une occlusion intestinale ayant nécessité la fistulisation.

Une hernie a pu se créer un trajet au niveau du tunnel destiné au passage du ligament rond. Aussi, est-il recom-

mandé de créer un orifice étroit et circulaire dans lequel le ligament rond viendra passer de justesse et, si besoin, de le rétrécir à la fin de l'intervention.

Beaucoup plus intéressantes sont les incarcérations pariétales de la trompe ; ce sont parmi les complications, celles le plus souvent signalées. Elles sont d'autant plus à redouter que le méso-salpinx est plus court : la traction du ligament rond, vers la ligne médiane entraîne le ligament large et détermine la coudure de la trompe. Ces coudures sont le plus souvent latentes et peuvent être la cause d'une stérilité inexplicquée ou l'échec fonctionnel d'une ligamentopexie pratiquée en vue de faciliter la fécondation chez la femme jusque-là stérile.

A ce sujet, le lipiodol serait susceptible de fournir chez ces opérées des indications d'autant plus intéressantes qu'il serait facile de réparer cet accident.

Pour éviter l'entraînement de la trompe dans la paroi, derrière le ligament rond, il ne faut pas saisir le ligament rond au voisinage de la corne, mais en dehors, là où la trompe est éloignée du ligament rond ; si par suite de la brièveté du méso, elle se coude, il faut alors reporter encore plus en dehors la prise du ligament rond ; ou bien encore, inciser le péritoine entre la trompe et le ligament, et séparer les deux organes. Dans tous les cas, avant de suturer le plan péritonéal, il faudra toujours vérifier le retentissement de la traction ligamentaire sur la trompe et s'assurer qu'elle n'est ni incluse ni coudée et qu'elle reste libre et flottante.

Ces incarcérations se sont parfois manifestées ultérieurement par un pyosalpinx intersticiel ou une salpingite sous-pariétale.

Dans une observation d'Auvray, trois mois après une ligamentopexie, on constate une tuméfaction sus-pubienne gauche, répondant à une salpingite pariétale. Des cas analogues ont été rapportés par Caraven, De Martel. Une malade dont l'histoire est rapportée par Müller (*Zentrbl. für Gyn.*, 1925, n° 35), présente deux ans après une fixation, un abcès dans la partie inférieure de la cicatrice qui se fistulise et donne lieu à un écoulement sanguin menstruel. Un cas de Leuret est analogue et une fistule pariétale donnait des hémorragies au moment des règles.

Ces cas de tubo-pexie et de tubo-plicature semblent bien relever d'une faute de technique et ce sont eux surtout qui ont permis de parler de déligamentopexie.

Il faut enfin signaler les cas d'avortement à répétition après ligamentopexie, mais, exceptionnels, eux aussi, résultent le plus souvent d'une faute opératoire.

Après l'intervention, les suites opératoires sont simples. Toutefois les mictions fréquentes et inversement la rétention d'urine sont couramment observées, mais ces troubles passagers disparaissent en quelques jours.

SUR QUELQUES POINTS DE TECHNIQUE DANS LES LIGAMENTOPEXIES

Après une incision strictement médiane, courte, de six à sept centimètres, l'utérus doit être empaumé avec la main et non saisi avec une pince, toujours traumatisante.

Un examen des viscères pelviens précise les indications thérapeutiques des lésions salpingo-ovariennes.

Les ligaments ronds seront saisis à trois centimètres de leur insertion utérine par une pince sans griffes et non dans toute leur épaisseur, mais seulement par leurs bords afin de ne pas les aduler.

Une pince de Kocher repère le péritoine pariétal, une autre l'aponévrose et au même niveau, ceci afin d'éviter la rétraction du péritoine et de le ramener sur la ligne médiane.

Une boutonnière, pratiquée au bistouri d'avant en arrière permet à une pince à artère utérine de J. L. Faure de se glisser dans la grande cavité et d'attirer le ligament rond par son bord. Ce trou sera situé au niveau du bord externe du muscle droit et à trois centimètres au maximum au-dessus du bord supérieur du pubis. De plus, on s'assurera que le ligament rond n'est pas tordu, fait important pour sa vascularisation et sa vitalité ultérieure.

Avant de pratiquer la fermeture du péritoine par un surjet

au catgut, on vérifiera la réduction utérine, — on s'assurera que l'antéversion est normale ou peu exagérée, — que les ligaments ronds ne sont pas trop tendus, — qu'une trompe n'a pas été incarceration.

Des points séparés et lâches au catgut rapprochent les bords internes des deux muscles grands droits. C'est alors seulement que les deux ligaments sont suturés l'un à l'autre par deux catguts, chromés ou collargolés, à résorption retardée de préférence, catguts transversaux, ne prenant que leurs bords ; deux autres verticaux, de chaque côté, solidarisent l'anse aux deux bords de l'orifice aponévrotique, à la face antérieure de la gaine du droit. Les points de fixation sont donc multipliés. A la fin de la fixation, les ligaments ronds doivent présenter leur teinte normale et ne pas être violacés. Comme nous l'avons fait remarquer, l'utérus doit être maintenu solidement en antéversion, toutefois, il doit conserver une certaine mobilité, contrairement à ce qui se passe dans la ventro-fixation ; somme toute, on recherche des conditions statiques et fonctionnelles s'écartant le moins possible de la norme physiologique. L'utérus doit donc être légèrement incliné en avant et couché sur la vessie, la femme étant debout. Il ne faut jamais perdre de vue, que l'utérus est un organe mobile, que les ligaments larges constituent un soutien aux deux voies vasculaires (L. H. Farabeuf), et que les fixations trop hautes font perdre à l'utérus et son caractère pelvien, en faisant un organe abdomino-pelvien en antéversion forcée, et sa mobilité, source d'ennuis obstétricaux. De plus, de ces fixations hautes résultent souvent deux « points » douloureux latéraux. Enfin, elles sont susceptibles d'entraîner

par traction et élongation une atrophie et une insuffisance des ligaments.

D'une façon générale, plus la fixation a lieu près de l'utérus, plus l'antéversion est exagérée ; à un centimètre de la corne, l'utérus, plaqué contre la paroi, présente les inconvénients de la ventro-fixation ; la distance optima est de trois centimètres. Enfin de chaque côté, les ligaments seront saisis à une distance égale et symétrique par rapport à l'utérus et au pubis, sinon une latéro-version utérine pourrait en résulter. Ce point précis où l'on doit amarrer le ligament rond présente donc une importance considérable. En résumé, il faut obtenir : solidité et durée, position physiologique de l'utérus, mobilité conservée, grossesse et travail non entravés.

Si toutes les sutures ont été bien soignées, si l'on a employé un catgut solide pour la fixation proprement dite, le lever peut avoir lieu au quinzième jour.

TECHNIQUES DE DOLÉRIS

Elles ont varié et on peut distinguer avec notre maître, le Dr Küss.

Dolérís, 1^{re} manière et 2^e manière : Thèse Fumey, (1900, p. 52) et Hivet (1901, p. 30).

Dolérís, 3^e manière : Thèse Hivet (p. 32).

Rapprocher : du Dolérís 2^e manière :

Richelot ;

Beck.

I. — *Dolérís*, 1^{re} manière (31 janvier 1889)

Il fait l'objet des observations I, III et V de la thèse de Fumey.

A l'inclusion pariétale et médiane des ligaments ronds est associée :

Soit l'hystéropexie directe (Obs. I, p. 57) ;

Soit l'inclusion pariétale des trompes (*id.*) :

Soit l'inclusion des pédicules annexiels après salpingo-ovariectomie bilatérale (Obs. III, p. 58 et V, p. 60).

II. — *Dolérís*, 2^e manière (12 décembre 1892).

Il est exposé dans la thèse de Fumey (p. 52) et fait l'objet d'un certain nombre d'observations VI (p. 61), VII (p. 62), VIII (p. 63), XII (p. 71).

Il est repris par Hivet et Ferry dans leurs thèses respectives (1904, p. 30 et 1906, p. 23).

1^{er} temps : Ouverture de l'abdomen.

Après sondage vésical, l'abdomen est ouvert sur la ligne médiane sur huit centimètres de longueur. L'incision remonte de la partie moyenne du pubis vers l'ombilic.

2^e temps . Reconnaissance et libération de l'utérus.

Index et médius sont glissés dans le cul-de-sac de Douglas, le fond utérin est reconnu, libéré de ses adhérences, s'il y a lieu, et l'utérus saisi par une pince tire-balle est amené dans la plaie abdominale. Les annexes sont examinées et traitées s'il y a lieu.

3^e temps : Reconnaissance et saisie des ligaments ronds.

Les ligaments ronds doivent être repérés à quatre ou cinq centimètres de la corne utérine. Là, ils sont assez bien individualisés : plus loin, dans leur partie externe, près de l'origine, leurs fibres sont éparpillées. Après s'être assuré que la trompe plus large et plus postérieure n'est pas amenée avec eux, ils sont saisis et attirés en dehors dans l'angle inférieur de la plaie abdominale. S'il en est besoin on peut les sectionner ou les reséquer sur une plus ou moins grande longueur.

4^e temps : Fixation des ligaments et fermeture de l'abdomen.

Les ligaments ronds sont fixés dans l'angle inférieur de la plaie aux tissus fibreux pré-pubiens, émanation des tendons des muscles droits et pyramidaux. Puis le péritoine est

suturé de haut en bas et les ligaments ronds sont compris dans sa suture. Ces derniers sont également repris par la suture musculaire aponévrotique. Enfin, la peau est suturée aux crins.

« De cette façon, dit Fumey, on a substitué à l'insertion inguino-pubienne des ligaments devenue insuffisante par les tiraillements prolongés qu'elle a subis, une insertion solide, capable de maintenir l'utérus en bonne position. La suture aux tissus fibreux des pubis assure la solidité de cette inclusion. » Durant les deux mois suivants l'intervention, Doléris faisait porter à ses opérées un pessaire de Hodge, méthode tombée aujourd'hui dans l'oubli.

Il semble que pour cette deuxième manière d'opérer, Doléris se soit inspiré de la technique que Ch. Beck (de New-York) exposa au Congrès de Moscou de 1897 : après reconnaissance des ligaments ronds, chacun d'eux est saisi par une pince. Une incision longitudinale de la séreuse l'isole sur huit centimètres de son revêtement péritonéal. Les lèvres du péritoine sont suturées au-dessous de l'anse et cette dernière, attirée franchement au dehors se trouve au-dessus du plan musculo-aponévrotique et est fixée au « derme ».

Richelot a apporté à ce procédé de Doléris, 2^e manière quelques modifications.

Au lieu de saisir l'utérus avec une pince traumatisante, il le prend à pleine main. Chaque ligament est saisi avec une pince au lieu de l'être avec un fil.

III. — *Dolérís*, 3^e manière (12 février 1901)

Le Dolérís 1^{re} manière est compliqué ; la 2^e manière de procéder est plus simple, mais parfois insuffisante, car l'inclusion pariétale faite en un seul point peut lâcher.

Dans sa 3^e manière de faire, Dolérís a pratiqué « les solides et multiples ligatures qui, jointes à la double transfixion des droits, constituent un excellent et solide marcottage, *a right layer*, comme disent les Anglais » (Küss).

Ce procédé est décrit dans la thèse de Hivet et fait l'objet des observations XXVII (p. 99), XXVIII (p. 100), XXX (p. 101).

AVANTAGES DE LA LIGAMENTOPEXIE PAR LE PROCÉDÉ DE DOLERIS

La lésion princeps de la rétroversion frappant les moyens de soutènement, seules sont logiques les interventions portant sur les ligaments ronds (Alquié et Doléris).

L'hystéropexie abdominale directe est illogique car elle fixe un organe physiologiquement mobile.

Comme avantages, participant à la fois de l'Alquié et de l'hystéropexie directe, le procédé de Doléris somme ceux de ces deux techniques : de l'Alquié, elle conserve la mobilité et permet l'évolution normale d'une grossesse ; de la pexie directe, elle a le champ opératoire.

En effet, tout procédé qui ne comporte pas l'ouverture du péritoine doit être rejeté ; il est nécessaire de vérifier l'état des annexes, d'effondrer les adhérences et de pratiquer une appendicectomie, s'il y a lieu.

Un et, généralement, les deux ligaments ronds sont atrophiés ; or, le maximum de résistance, occupant la portion du ligament, situé à trois ou quatre centimètres de son insertion utérine, c'est au niveau de ce segment juxtaputérin qu'il faut pratiquer l'anse de fixation ; de plus, saisissant l'utérus près des cornes et le fixant bas, on ne risque pas une occlusion entre utérus et paroi.

Répondant à toutes les exigences de chaque cas, le pro-

cédé de Doléris rationnel et efficace a séduit la plupart des chirurgiens et c'est une des opérations gynécologiques les plus courantes.

Il ne faut pas lui demander la suspension vraie de l'utérus réservée à l'hystéropexie directe, haute, mais bien plutôt le redressement et la correction d'une déviation. D'ailleurs le ligament rond n'a pas un rôle suspenseur, réservé aux ligaments utéro-sacrés et à l'appareil périnéal. « La puissance des ligaments utéro-sacrés, dit J.-L. Faure, est considérable ; ils s'opposent au déplacement du col vers la symphyse et au cours d'une intervention chirurgicale, ils doivent être tranchés avec des ciseaux au ras de l'utérus, car ils sont assez solides pour résister à des tractions énergiques. »

Quand aux ligaments larges, ils sont surtout le squelette des deux grosses voies vasculaires qui aboutissent à l'utérus ou en partent. Ainsi donc, le Doléris conservé aux ligaments ronds leur rôle de soutien antéro-latéral de l'utérus.

Par ce procédé :

L'utérus est maintenu en antéversion d'une façon durable, sans être immobilisé et sans gêner en rien la grossesse et l'accouchement.

On a fourni en faveur de ce procédé, non seulement des arguments physiologiques, mais encore des preuves expérimentales. C'est ainsi que réopérant une de ses malades, bien des années après, pour une salpingite double, Auvray a pu constater qu'un des ligaments ronds s'était détaché et flottait libre dans la cavité péritonéale ; l'autre resté fixé suffisait à maintenir l'antéversion.

Les reproches formulés contre ce procédé sont inconsis-

tants. C'est ainsi qu'il aurait tendance à placer l'utérus dans une position un peu anormale, l'organe ne se trouvant pas en antéflexion légère, le fond se collant à la paroi abdominale et l'isthme en restant éloigné.

Les arguments contre l'hystéropexie directe sont, par contre beaucoup plus probants. C'est ainsi que son antéversion et son antéflexion exagérées troublent la statique des annexes qui tombent en arrière, favorisant la grossesse extra-utérine, gênant l'évolution de la grossesse et le travail.

Les contre-indications à la ligamentopexie sont rares. Seul l'âge, l'atrophie marquée des ligaments ronds, l'obésité, l'utérus lourd et fibreux, le prolapsus marqué commandent l'hystérorraphie de Terrier.

OBSERVATION I

(*Personnelle*)

(Rétroversion utérine latente en dehors de crises aiguës fébriles. Ligamentopexie).

M^{me} L... A., âgée de 29 ans, entre le 19 février 1931, dans le service de M. le D^r Küss (salle Andral, lit n^o 21), pour une crise douloureuse aiguë fébrile dans le bas-ventre.

Réglée vers l'âge de 14 ans, ni la première, ni jamais, les règles n'ont été douloureuses ; elles sont toujours très régulières. Trois enfants : le premier, en septembre 1922 ; le second, en Mars 1925 ; le troisième, en décembre 1927. Le premier accouchement s'est passé normalement (sommet), sans fièvre ; lever au 15^e jour. Le deuxième (sommet) de même, mais avec lever au 9^e jour contre un avis médical, lever suivi d'un voyage en autobus sur mauvaise route, qui, comme elle l'a bien remarqué, l'a fatiguée et obligée à se coucher en arrivant. Le lendemain, elle a présenté une première crise, suivie quelques jours après d'une seconde, très violente, ayant nécessité une injection de morphine ; un mois après survint une crise atténuée. Ces trois crises étaient, au point de vue fonctionnel, strictement analogues à celle pour laquelle la malade entre à l'hôpital.

La troisième grossesse, avec lever au 12^e jour, ne s'est accompagnée d'aucune crise.

Depuis deux mois, la malade souffre de l'abdomen. Le 14 février, les règles surviennent normales ; le 15, la malade a une sensation de froid et les règles s'arrêtent brusquement le 16 au matin ;

le 17, la malade est fiévreuse, comme grippée avec myalgies, céphalée, malaises ; le soir, elle commence à souffrir de l'abdomen et une crise analogue aux précédentes se déclenche. Les douleurs débutent à l'hypogastre au milieu et de chaque côté, puis remontent jusque dans la région sous-ombilicale, lancinantes, très aiguës avec paroxysmes. Elle est alors dirigée sur l'hôpital, avec le diagnostic de salpingite qu'un examen rapide parce que douloureux, semblait confirmer à l'entrée et en raison également de la température : 38°,2.

Mais dans la nuit de jeudi à vendredi, la malade a une perte de sang très abondante, obligeant à changer l'alèze.

Douleurs, pertes et température s'atténuent avec la glace et le 21, la malade est apyrétique ; tout rentre dans l'ordre, sauf une légère sensibilité abdominale, d'ailleurs très vague. En résumé, cette rétroflexion est intéressante, parce qu'en dehors des crises aiguës, elle était complètement latente et durant ces derniers mois, la malade n'éprouvait ni pesanteurs, ni lombalgies.

Pas de constipation ; pas d'albumine.

Examen : Les reins ne sont pas ptosés ; pas de point appendiculaire, ni vésiculaire.

Ecartement très marqué des muscles droits, dans la partie sus- et sous-ombilicale.

Toucher vaginal : Le col regarde en avant ; l'utérus est mobile ; toutefois, le cul-de-sac latéral gauche est un peu bâti.

En résumé, rétroflexion avec utérus peu volumineux.

Opération le 4 mars 1931. — Rachianesthésie à la stovaïne, suivie d'injection sous-cutanée de caféine.

Laparotomie sus-pubienne, strictement médiane, la gaine des droits est ouverte, les droits rabattus, le péritoine incisé, la malade basculée. Sans valve pubienne, on recherche tout d'abord le ligament rond gauche que l'on saisit délicatement avec une pince à deux centimètres, environ, en dehors de son insertion utérine, en s'assurant que la trompe n'est pas entraînée. A droite, par contre, une légère adhérence de la trompe au plan pariétal postérieur, gêne la prise du ligament.

Après avoir de chaque côté repéré le péritoine et l'aponévrose par deux pinces de Kocher et l'aponévrose étant disséquée du plan graisseux, on transfixe le reste du plan pariétal avec la lame du bistouri au ras de laquelle on glisse une pince de Kocher, qui saisit le ligament rond homologue que l'aide présente et l'amène à travers la boutonnière au-dessus du plan musculo-aponévrotique.

Surjet péritonéal au catgut.

Les bords internes des droits sont rapprochés par quelques catguts lâches. La gaine antérieure des droits est suturée de bas en haut. Puis les deux ligaments ronds sont solidarisés par deux points au catgut chromé, supérieur et inférieur, transversaux. Puis, deux autres points au catgut, verticaux, un de chaque côté, solidarisent successivement une des lèvres de la boutonnière aponévrotique, les deux branches du coude du ligament rond et l'autre lèvre de la boutonnière.

Suture cutanée aux crins.

Suites opératoires normales.

La moitié des fils sont enlevés le 16 mars, l'autre moitié le 19 mars.

OBSERVATION II

(Personnelle)

(Prolapsus utérin. Cystocèle. Rétroversion utérine. Ligamentopexie. Périnéorrhaphie postérieure Colpectomie antérieure).

M^{me} L... P., âgée de 57 ans, entre le 17 mars 1931 dans le service de M. le Dr Küss à la Charité (salle Andral, lit 34). Elle est venue surtout consulter pour un prolapsus utérin.

Antécédents gynécologiques. — Ménopausée vers l'âge de 47 ans la malade se plaint depuis deux ans de fatigue facile, avec douleurs lombaires, prédominantes à gauche et survenant par crises, accompagnées parfois de petites pertes vaginales de sang. Les urines sont retenues difficilement, mais jamais n'ont été observées des brûlures à la miction.

Antécédents obstétricaux. — Deux enfants. Le premier à l'âge de 21 ans, suivi de déchirure périnale, non suturée ; lever au neuvième jour. Le second à l'âge de 31 ans, sans déchirure et lever au 12^e jour.

Examen. — Paroi abdominale insuffisante, mais sans éventration.

Vergetures ; pas de point appendiculaire.

Examen de la vulve : La malade poussant, la paroi antérieure du vagin se déplisse, mais ne déborde pas l'orifice vulvaire ; le méat urétral est rouge et quelques gouttes d'urine s'écoulent.

Toucher vaginal. — Le col utérin regarde en haut.

Pouls vibrant, mais régulier ; souffle systolique de la base ;

Urée sanguine : 0,53.

Intervention, le 7 avril 1931.

Ligamentopexie par le procédé de Doléris.

Colpectomie antérieure.

Périnéorraphie postérieure.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION III

(Personnelle)

(Rétroversion utérine. Pyélonéphrite staphylococcique. Ligamentopexie. Guérison.)

M^{me} P..., âgée de 28 ans, entre dans le service de M. le D^r Küss à la Charité, le 6 janvier 1931 (salle Andral, lit n^o 30).

Réglée à l'âge de 11 ans, très régulièrement ; elle a toujours souffert au moment de ses règles, les deux jours les précédant : céphalée, nausées sans vomissements ; pas de douleurs hypogastriques avant l'écoulement ; elles apparaissent en même temps que les règles ; ni à type de coliques, ni médianes elles siègent latéralement et selon les époques, elles sont plus marquées d'un côté ou d'un autre, s'irradiant le long de la face interne des cuisses. Le deuxième jour, lorsque l'écoulement est franc, elles cessent complètement. Les règles durent constamment six jours ; un mois sur deux, elles sont plus abondantes, mais d'une égale durée.

Mariée à l'âge de 23 ans, la malade accouche d'un premier enfant à terme, le 20 juin 1928 ; un second enfant, en août 1929. Le 21 décembre, fausse-couche fébrile, non curettée. A son entrée à l'hôpital la malade présente une température élevée entre 39 et 40 avec douleurs lombaires bilatérales. Les urines sont troubles et un examen, pratiqué le 7 janvier 1931, montre un gros dépôt d'acide urique avec quelques éléments cellulaires : polynucléaires ; rares cocci à Gram positif. Culture : staphylocoques.

T. V. (D^r Küss). Le col est en situation haute, à un travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne à laquelle il est posté-

rieur de deux bons travers de doigt. L'orifice cervical regarde en avant et un peu en bas. Deux doigts dans le vagin fixent le col ; il est impossible de sentir le fond utérin à sa place normale avec la main qui pratique la palpation abdominale. Par contre, l'index, suivant la face postérieure du col, reconnaît après un trajet d'un centimètre environ, un sillon, en arrière duquel on sent une masse dure, arrondie, continuant le col, dont la lèvre postérieure est très raccourcie et qui n'est autre que l'utérus en rétroflexion sur le col.

Dans les culs-de-sac latéraux et dans celui de Douglas, il est impossible de sentir les annexes.

En résumé, rétroversion utérine avec rétroflexion.

Le toucher rectal permet de reconnaître à bout de doigt le fond de l'utérus prolabé dans le cul-de-sac de Douglas, mais ne faisant pas une saillie bien appréciable dans la cavité rectale. La malade est opérée sous rachianesthésie par le procédé de Doléris (Dr Küss). Les suites opératoires sont normales.

La malade qui n'avait pas eu ses règles depuis deux mois, les a eu dix jours après l'intervention normalement et sans douleurs. L'utérus a repris sa position normale.

Un examen bactériologique des urines, pratiqué le 9 mars 1931, a donné la réponse suivante : présence d'un léger culot après centrifugation. Un examen direct au bleu de méthylène a montré des cellules aplaties, provenant de la couche superficielle de l'urètre et de la vessie. Pas de microbes visibles. Culture du staphylocoque négative.

OBSERVATION IV

(*Observation I de la thèse de Fumey, p. 57*)

(Rétroversion. Annexite double. Hystéropexie directe. Inclusion des trompes et des ligaments ronds dans l'angle inférieur de la plaie ; opérée le 31 janvier 1889.)

L..., 24 ans. Femme de très petite taille, à bassin rétréci, primipare. Elle a subi une application de forceps en 1887. A la suite de sa grossesse, l'utérus est en subinvolution. Des complications inflammatoires surgissent ; la malade est contrainte à un séjour de sept mois à l'hôpital.

Symptômes. — Cette femme est dans l'incapacité de travailler, et ressent de vives douleurs lombaires et abdominales. Elle présente d'ailleurs un certain degré d'amaigrissement.

Diagnostic. — L'utérus est en rétroflexion réductible ; annexite double adhérente.

Traitement. — Hystéropexie directe ; inclusion des trompes et des ligaments ronds dans l'angle inférieur de la plaie pariétale. L'inclusion des trompes a été faite en vue de stériliser la femme sans la priver de ses annexes.

Guérison après l'opération. — En juillet 1892, elle fut réopérée pour une inventration infundibuliforme causée sans doute par la traction utérine. Au cours de la nouvelle laparotomie, on trouve un pédicule pariéto-utérin allongé, très mince.

On pratique une colpo-périnéoplastie.

OBSERVATION V

(*Observation III de la thèse de Fumey, p. 58*)

(Rétroversion chronique, ovariectomie double avec fixation des pédicules et des ligaments ronds dans l'angle inférieur de la plaie. Opérée le 5 mai 1891.)

L..., 28 ans est mariée et a fait une fausse-couche il y a six ans. Consécutivement, elle accuse des douleurs abdominales et des métrorragies.

L'ovaire droit kystique est adhérent ; à gauche on constate une collection suppurée tubo-ovarienne.

Le 3 mai, on pratique une salpingo-ovariectomie double. Les pédicules et les ligaments ronds sont fixés dans l'angle inférieur de la plaie, pendant que les fils pénètrent le tissu utérin.

Après l'opération, la malade est guérie de sa rétrodéviation. L'état général est amélioré. Plusieurs années après, elle a été revue et a été trouvée en bon état. Des renseignements tout récents confirment la guérison.

OBSERVATION VI

(*Observation V de la thèse de Fumey, p. 60*)

(Rétroversion adhérente. Annexite double. Castration. Fixation des pédicules et des ligaments ronds dans la plaie abdominale. Périnéoraphie, le 19 juin 1891.)

A..., de Saint-Omer eut une grossesse, il y a huit mois, accoucha à terme, le travail dura trois jours. La malade eut une déchirure du périnée et présenta les signes d'une infection *post-partum*. Au bout de six semaines seulement, elle se leva. Pas de fausse-couche ultérieure.

Quand elle vint consulter, elle avait des pertes blanches, qui étaient apparues, il y a deux ans. Depuis un an, elle ressent de la pesanteur au fondement, et des douleurs dans les cuisses de temps à autre rendant la marche très difficile. La malade est névropathe.

A l'examen, on constate de la colpocèle, du prolapsus, et une rétroversion non réductible, et une double salpingo-ovarite.

Le 18 juin. — On pratique, par laparotomie, l'ablation des ovaires polykystiques et des trompes. L'utérus, par son fond et sa face postérieure est directement adhérent au Douglas, probablement à la suite d'une hématocele ancienne. Il est libéré ; et les pédicules et les ligaments ronds sont fixés dans la plaie. On fait en outre une périnéoraphie.

La guérison est complète après l'opération. Quelques mois plus tard, la malade est revue ; la déviation utérine, la nervosité et les douleurs annexielles ont disparues.

En 1895, l'état de la malade est très bon ; un peu d'obésité.

OBSERVATION VII

(*Observation VI de la thèse de Fumey, p. 61*)

(Cervicite kystique chronique. Colpocèles antérieure et postérieure. Utérus myomateux volumineux et rétrodévié. Castration. Raccourcissement des ligaments ronds par inclusion pariétale. Opérée le 12 décembre 1892.)

F., 42 ans, multipare, alcoolique et névropathe, présente une leucorrhée abondante et alternativement des ménorragies et de l'aménorrhée. Au moment des règles, des douleurs vives se font sentir. La malade est incapable de travailler et tombe dans des crises nerveuses. L'examen révèle une cervicite kystique chronique et une colpocèle antérieure et postérieure. L'utérus myomateux et volumineux est en rétrodéviation.

Le 12 décembre. — Après curettage de l'utérus, opération de Schröder et colpo-périnéoraphie, on fait une laparotomie pour castration, en vue d'arrêter la myomatose. On constate alors un varicocèle méso-ovarique énorme du ligament large gauche, et un kyste du péritoine au niveau de l'incision abdominale ; à droite un kyste paraovarique et des microkystes de l'ovaire de ce côté, paraissant provenir de corps jaunes apoplectiques.

Après salpingo-ovariotomie, les ligaments ronds avivés sont inclus dans la plaie abdominale.

Guérison après l'opération.

OBSERVATION VIII

(*Observation VII de la thèse de Fumey, p. 62*)

(Cervicite. Rétroversion. Annexite droite. Curettage. Schröder. Raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds. Inclusion pariétale.)

L. S..., âgée de trente ans, présente de bons antécédents héréditaires et personnels. Depuis l'âge de 13 ans, époque où elles apparurent, ses règles ont été régulières, indolores et d'une durée moyenne de 5 jours. A 19 ans, elle se marie. A 20 ans, première grossesse, grossesse gémellaire, accouchement à terme, facile et sans suites de couches anormales. A 27 ans, deuxième grossesse avec accouchement à terme et normal. Des trois enfants un seul est vivant. Les deux autres sont morts, le premier un des jumeaux, à la suite de brûlures, le second de bronchite à l'âge de huit mois. Pas de fausse-couche.

Au mois de mai dernier, la malade commence à souffrir de l'estomac et à perdre ses forces. Un médecin consulté sur ces maux d'estomac, les rapporta à une maladie utérine, et envoya la malade à M. Doléris.

A cette époque l'incapacité de travailler est complète depuis huit mois ; les règles, sans éprouver d'avances, ni de retards sont parfois abondantes ; la malade ressent de vives douleurs dans les reins et sur le rectum, il n'y a pas de constipation réelle, mais les selles sont difficiles, rubanées.

A l'examen, on trouve l'utérus, gros et en rétroversion complète. Le col, atteint de cervicite chronique est profondément lacéré à gauche.

Après curettage et opération de Schrœder, les annexes du côté droit sont enlevées par laparotomie ; puis les ligaments ronds sont fixés dans la plaie abdominale (26 janvier).

Le 15 mars. — La malade est guérie ; un pessaire de Hodge est appliqué par précaution. Le 20 avril, la guérison s'étant confirmée, le pessaire est enlevé.

OBSERVATION IX

(*Observation VIII de la thèse de Fumey, p. 63*)

(Cervicite scléro-kystique. Rétro-déviatiou complète. Annexite droite. Curettage. Laparotomie. Ablation des annexes droites. Raccourcissement des ligaments ronds, et inclusion pariétale. Opérée le 7 février 1898.)

Elisa G..., domestique, âgée de 42 ans, est réglée régulièrement depuis l'âge de 12 ans. A 20 ans, elle eut un fils : ses couches furent normales, mais à leur suite, elle ressentit des douleurs abdominales et perdit en blanc, ce qu'il faut mettre sur le compte d'une infection post-puerpérale.

En 1895. — Elle fut opérée en Amérique par le Dr Coë qui fit l'opération de Schröder, et une colpopérinéoraphie suivie de l'application d'un pessaire, pour combattre la rétrodéviatiou persistante. Actuellement, elle a des pertes blanches abondantes, et souffre de douleurs à la région lombo-sacrée, prédominantes à droite.

Des vomissements fréquents, une constipation opiniâtre, une incapacité absolue de travailler, complètent le tableau clinique fourni par la malade.

L'examen révèle un utérus volumineux et douloureux avec un col gros, atteint de cervicite scléro-kystique.

La rétrodéviatiou est complète, et incomplètement réductible ; à l'hystéromètre ; les annexes droites sont malades.

Après curettage et laparotomie, les annexes droites sont excisées : de ce côté l'ovaire gros et scléreux, la trompe oblitérée pré-

sentaient des adhérences assez résistantes. A gauche, les annexes sont libérées et les ligaments ronds sont inclus dans l'angle inférieur de la plaie, suivant la méthode de M. Doléris.

Les suites opératoires sont bonnes. L'utérus conserve sa liberté et n'est pas appliqué immédiatement contre la paroi. Il est en antéversion légère, la malade se porte bien actuellement.

OBSERVATION X

(*Observation XII de la thèse de Fumey, p. 71*)

(Rétroversion accentuée. Annexite droite. Laparotomie. Libération de trois adhérences de l'intestin à la paroi pelvienne et d'une adhérence de l'intestin à l'utérus. Fixation des ligaments ronds dans l'angle inférieur de la plaie abdominale. Opérée le 25 juin 1898.)

Amélie R..., domestique, âgée de 31 ans, les règles apparaissent régulièrement depuis l'âge de 16 ans, date de leur instauration. Mariée à 24 ans, la malade fit une fausse-couche de trois mois : consécutivement, une métrite survint s'accompagnant pendant six mois de métrorragies avec caillots et douleurs hypogastriques et lombaires. Un curettage est fait à Dreux. Un mieux sensible s'établit alors, mais dix-huit mois plus tard (il y a 5 ans $1/2$) les douleurs hypogastriques réapparurent. Elle fut électrisée et pansée avec des tampons glycélinés pour une ulcération du col. Pendant un an ce traitement est continué, il y a 4 ans $1/2$ environ, elle entre à l'hôpital international où on lui fait une laparotomie exploratrice, on croyait alors à une annexite double, et le diagnostic ne fut pas confirmé. A sa sortie de l'hôpital, deux mois durant, elle se porte bien. Fin décembre 1896, elle souffre de nouveau, et depuis ces souffrances continuelles sont telles qu'elle ne peut ni travailler, ni marcher. Toutefois, ses règles apparaissent tous les mois, très peu abondantes, d'une durée de deux jours. Durant les époques les douleurs sont plus vives. Dans l'intervalle quelquefois, pertes blanches, crises hystériques.

La malade est examinée par M. Doléris, le 7 juin 1898. Elle pré-

sente une rétroversion très accentuée, avec probablement une ovaro-salpingite droite ; il est impossible de préciser cette lésion, la paroi abdominale était très résistante et infranchissable par le palper.

Le 25 juin 1898. — Une incision est faite sur tout le trajet de l'ancienne cicatrice : celle-ci comprenant seulement la peau et le tissu cellulaire sous-péritonéal, s'étend de un centimètre au-dessous de l'ombilic au pubis.

Les annexes du côté droit sont prolabées et juxtaposées au fond de l'utérus rétroversé, et présentent quelques adhérences faciles à décoller. Un corps jaune apoplectique est cautérisé. Les annexes du côté gauche sont saines, avec quelques adhérences facilement détruites au thermocautère.

L'utérus est redressé. L'intestin grêle, très adhérent à la paroi, au-dessous et à gauche de l'ombilic, d'une part, et à gauche tout le long de la ligne d'incision, d'autre part, est libéré au doigt, au ciseau et au thermocautère ; on détruit, de même, une adhérence que présente encore une anse intestinale avec le péritoine pariétal, et une adhérence intestino-utérine ; les ligaments ronds sont ensuite fixés dans l'angle inférieur de la plaie abdominale. La guérison ne tarde pas à s'opérer.

OBSERVATION XI

(*Observation XXVII de la thèse de Hivet, p. 99*)

(Rétrodéviatiou mobile. Inclusion pariétale des ligaments ronds (*nouveau procédé*).

M^{me} M..., entre à l'hôpital Boucicaut, en janvier 1901.

Antécédents gynécologiques. — Régliée à 18 ans. Règles toujours irrégulières. A 22 ans, accouchement pénible à Baudelocque. Le 25 janvier 1901, fausse-couche de deux mois pour laquelle la malade entre à Boucicaut et subit un curettage le 30 janvier.

La patiente, continuant à souffrir du ventre et présentant tous les symptômes de la rétrodéviatiou utérine, M. Doléris se décide à intervenir le 12 février 1901.

Opération, le 12 février : Laparotomie. — Annexes normales. Réduction facile de l'utérus et inclusion pariétale des ligaments ronds suivant le nouveau procédé de M. Doléris.

Suites opératoires très simples.

OBSERVATION XII

(*Observation XXVIII de la thèse de Hivet, p. 100*)

(Rétrodéviatiou utérine, inclusion pariétale des ligaments ronds (*nouveau procédé.*)

M^{me} B..., entre à la Maternité de l'hôpital Boucicaut, en février 1901.

Antécédents gynécologiques. — A 24 ans, signes de blennorragie. Depuis, douleurs de bas-ventre et pertes. Il y a huit mois, fausse-couche. Règles peu abondantes, mais très douloureuses.

Actuellement la malade présente des symptômes de rétrodéviatiou utérine et d'annexite droite.

Toucher. — Col volumineux ; muqueuse utérine ectropionnée. Utérus rétrodévié. Annexes droites douloureuses.

Opération, le 8 mars : Laparotomie. — Réduction facile de l'utérus ; libération des annexes et inclusion pariétale des ligaments ronds suivant le nouveau procédé.

Suites opératoires très simples.

OBSERVATION XIII

(*Observation XXX de la thèse de Hivet, p. 101*)

(Rétrodéviatiou utérine et prolapsus vaginal. Inclusion des ligaments ronds (*nouveau procédé*) et colpopérinéorrhaphie.)

M^{me} C..., entre à la Maternité de l'hôpital Boucicaut, en avril 1901.

Antécédents gynécologiques. — Réglée à 14 ans. Règles toujours régulières, abondantes et douloureuses. Il y a cinq ans, grossesse suivie d'un accouchement à terme assez pénible. Depuis, signes de rétrodéviatiou utérine rendant tout effort impossible.

Toucher. — Utérus rétroversé. Prolapsus vaginal.

Opération le 23 avril : Laparotomie. — Réduction facile de l'utérus et inclusion pariétale des ligaments ronds suivant le nouveau procédé. Ensuite colpopérinéorrhaphie.

Suites opératoires très simples.

CONCLUSIONS

I. De l'étude comparative que nous avons faite des différents procédés d'hystéropexie médiate ou immédiate, en ce qui concerne la permanence de la fixité utérine et des complications auxquelles ils peuvent donner lieu, il résulte que nous considérons l'hystéropexie médiate de façon générale et la ligamentopexie intra-pariétale par le procédé de Doléris-Beck-Richelot en particulier, comme le meilleur procédé de fixation de l'utérus.

L'hystéropexie immédiate, même par le procédé de Czerny-Terrier est à rejeter et n'offre aucune indication particulière qui ne puisse être remplie avec plus de simplicité opératoire et moins de risques de complications par la ligamentopexie intra-pariétale.

II. De tous les procédés de ligamentopexie, que ce soit des procédés extra-péritonéaux comme l'Alquié-Alexander ou intra-péritonéaux par laparotomie comme les procédés de Kelly, Doléris, etc., nous ne tenons pour bons que ceux qui emploient, comme moyen de contention de l'utérus, la seule partie solide du ligament rond, juxta-utérine, riche en fibres musculaires lisses. Nous rejetons donc toutes les opérations où la traction porte en définitive sur la partie périphérique, filamenteuse, peu solide du ligament rond, que l'on agisse directement sur elle comme dans l'Alquié-Alexander ou indirectement sur elle comme dans le Kelly-Dartigues, où l'on intervient bien sur la partie épaisse et

solide des ligaments ronds, mais où la traction porte en définitive sur la partie distale, inguinale, incapable de donner un point d'appui suffisant à la traction que lui demandera l'utérus.

III. Si l'on veut attacher l'importance qu'ils méritent aux détails de technique opératoire que nous avons précisés, et qui ont pour but de fixer l'utérus en position presque normale d'antéversion physiologique sans peser sur la vessie, — d'éviter l'ischémie et partant la nécrose secondaire et aseptique de la partie des ligaments ronds, formant l'anse pré-pariétale, — d'éviter l'angulation de la trompe derrière la paroi abdominale, comme la hernie possible de cet organe à travers le tunnel destiné au passage du ligament rond, les rares complications post-opératoires que l'on a reproché à ce procédé et qui ont permis à certains de le critiquer, seront évitées à coup sûr.

IV. — Les nombreuses observations recueillies jusqu'à ce jour de ligamentopexie suivies de grossesses ayant abouti à un accouchement parfaitement normal, font que le procédé de Doléris-Beck-Richelot, à ce point de vue encore, trouve des indications formelles.

Vu, le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu, le Président,
J. L. FAURE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY,

BIBLIOGRAPHIE

- ADAMS (J. A.). — A new operation for uterine displacements. Glasgow, *M. J.*, 1882, pp. 437-446.
- ALEXANDER (W.). — A new method of treating inveterate and troublesome displacements of the uterus. *Med. Times et Gaz.*, Lond., 1882, p. 327.
- ALQUIÉ. — Nouvelle méthode pour traiter les divers déplacements de la matrice. *Bull. Acad. de Méd. de Paris*, 1844, pp. 192-195.
- ARLOTTA (M.). — Hysteropexie et cysto-hysteropexie de Parla-vecchio dans ses rapports avec la statique et la fonction de l'utérus. *Rivista di obst. e gin. pratica*, sept. 1921.
- AUBERT. — L'hystéropexie par amarrage des ligaments ronds à l'aponévrose. *Revue fr. de Gyn. et d'Obst.*, Paris, 1920, pp. 248-254.
- AUVRAY. — Complication survenue à la suite d'une fixation de l'utérus à la paroi par l'intermédiaire des ligaments ronds. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 10 nov. 1924, p. 731.
- BALDY (J. M.) (de Philadelphie). — Retrodisplacements of the uterus and their treatment. *N. Y. med. journal*, 1903, t. II, pp. 167-169.
- BALDY (J. M.). — Intra-peritoneal shortening of the round ligaments in backward displacements of the uterus. *N. York M. J.* 1906, p. 741.
- BALDY (J. M.). — Treatment of uterus retrodisplacement Surgery. *Gyn. and Obst.*, avril 1909, p. 421.
- BECK (Ch.) (de New-York). — Congrès de Moscou, 1897.
- BONNEAU (R.). — Eviter, dans la ligamentopexie que la trompe

- accolée au ligament rond ne vienne s'inclure et se couder dans la paroi. *Paris Chirurgical*, avril 1929, pp. 44-47.
- BONNEAU (R.). — La déligamentopexie. *Bull. et Mém. Soc. des Chir. de Paris*, 7 déc., 1928.
- CHEVRIER (L.). — Dénudation des ligaments ronds ; leur inclusion pariétale et intra-cicatricielle dans le traitement des rétroversions utérines. *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, mai 1910, pp. 257-58.
- CONDAMIN (R.). — L'élévation de l'utérus. Son objectif thérapeutique sur les tractions douglassiennes. *Journal de Médecine de Paris*, 31 oct. 1929.
- COTTE et PEYCELON. — A propos de la technique de fixation ligamentaire de l'utérus suivant le procédé de Doleris. *Gyn. et Obst.*, Paris, 1926, p. 241.
- DARTIGUES. — Orthométrie par ligamentopexie extra-péritonéale ou inguino-prépubienne associée à la laparotomie sus-pubienne transverse dans les rétroflexions utérines. *P. M.*, 10 nov. 1920, p. 805.
- DARTIGUES et CARAVEN. — Nouveau procédé de raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds. Ligamentopexie rétro-utérine et sous-tubo-ovarienne. *P. M.*, 7 avril 1906, pp. 217-218.
- DELAGENIÈRE. — Du raccourcissement des ligaments ronds dans la rétroversion de l'utérus. *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, Paris, 1899, pp. 259-263.
- DEMELIN. — Des hystéropexies considérées au point de vue obstétrical. *L'Obstétrique*, n° 5, 15 sept. 1896.
- DENIKER (M.). — L'oblitération du cul-de-sac de Douglas dans le traitement des rétroversions utérines. *La Médecine*, 1922, p. 523.
- DIEULAFÉ (R.). — La ligamentopexie inguinale. Baillière, 1930.
- DOLÉRIS (A.). — Congrès national périodique de Gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie. Rouen, avril 1904, p. 117 (Discussions de Lejars et de Oui).
- DOLÉRIS (A.). — Congrès périodique international de Gynécologie et d'obstétrique. Genève, sept. 1896, p. 444.

- DOLÉRIS (A.). — La Gynécologie, 1897, 1898, 1899.
- DOLÉRIS (A.). — Raccourcissement intra-abdominal du ligament rond par inclusion pariétale. *Journal de médecine de Paris*, 1898, pp. 573-575.
- DOLÉRIS (A.). — De l'opération du raccourcissement des ligaments ronds. *Nouvelles archives de Gynécologie*, 1886-1889, *passim*, *Gaz. des Hôp.*, 1889, pp. 70-72.
- DOLÉRIS ET RICARD. — Recherches anatomiques et opératoires à propos du raccourcissement des ligaments ronds. *Union médicale*, 1885, pp. 865-869.
- DUVERGEY (J.). — Des dangers éloignés de l'hystéropexie abdominale chez les femmes jeunes. *Gaz. hebdomadaire des Sc. méd. de Bordeaux*, 1920, p. 309.
- EPARVIER ET MICHON. — Des ligamentopexies dans leurs rapports avec la fécondation. *Lyon Médical*, 1925, t. CXXXV, pp. 213-224.
- FAURE ET SIREDEY. — Traité de gynécologie médico-chirurgicale (1928, p. 369).
- FORGUE ET MASSABUAU. — Gynécologie (1927, p. 550).
- FOURNIER DES CORATS (G.). — Le traitement des rétro-déviationes de l'utérus par la méthode de Doléris. Th. Montpellier, 1911-1912.
- FUMEY (P.). — Contribution à l'étude du traitement des rétro-déviationes de l'utérus. Th. Paris, 1899-1900.
- GALLAIS (P.). — Hystéropexie : oblitération du cul-de-sac de Douglas comme complément de l'hystéropexie. Th. Paris, 1927.
- GIACARDY (P.). — Fixation intra-pariétale des ligaments ronds (procédé de Doléris). Modification à ce procédé pour l'adapter à l'incision de Pfannenstiël. Th. Lyon, 1911-1912.
- GOSSET. — De la ligamentopexie par le procédé de Doléris. *Journ. de Chir.*, 1912, p. 685.
- HENNEBERG (H.). — Des indications des interventions chirurgicales dans les rétro-déviationes de l'utérus en dehors de la grossesse. (Rapport au III^e Congrès de l'Ass. de Gyn. et Obst. de Langue française. Genève, 9-11 août 1923.

- HENNEBERG (H.). — In Gynécologie et Obstétrique, t. VIII, n° 2, pp. 101-122.
- HIVET (G.). — Contribution à l'étude du traitement des rétro-déviation de l'utérus par le raccourcissement intra-abdominal des ligaments (voie sus-pubienne). Th. Paris, 1900-1901.
- HOUTTELETTE (G.). — Etude sur la rétro-déviation utérine mobile et son traitement. Résultats éloignés du procédé de Doléris. Th. Paris, 1910-1911.
- JERIE. — Une nouvelle méthode de raccourcissement des ligaments ronds dans les rétroversions utérines. *Zentralbl. für Gyn.*, t. XXXIII, n° 19, 8 mai 1909.
- KELLY (C.). — Operative gynecology. Vol. II, New-York. D. Appleton and C., 1902, chap. xxiv. Suspension of the uterus, pp. 149-162.
- KÖEHLIN (M^{lle} V.). — Sur le traitement des rétro-déviation utérines. Les indications opératoires. Th. Paris, 1920-1921.
- KOUCHTALOFF (N.). — Le renforcement des ligaments ronds et larges par un lambeau aponévrotique dans les déviations de l'utérus. *Bull. Soc. d'Obst. et de Gynécol.*, janv. 1930, pp. 30-32.
- KRAFFT (H. C.). — L'opération de Pestalozza dans les rétro-déviation utérines et dans les opérations gynécologiques. *Rev. med. de la Suisse romande*, avril 1928, pp. 346-348.
- KÜSS (G.). — A propos du procédé de Baldy et du « Nouveau procédé de raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds », de Dartigues et Caraven, notes et rectifications. *La gynécologie*, oct. 1906, pp. 415-421.
- LANDRON (A.). — Sur le traitement des rétro-déviation utérines par le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds (procédé de Wylie). Th. Paris, 1899-1900.
- LAZERGUES (P.). — Contribution à l'étude de l'hystéropexie ligamentaire dans ses rapports avec la puerpéralité et le *post-partum*. Th. Toulouse, 1912-1913.
- LEURET. — A propos d'une fixation de l'utérus. *Soc. des Chir. de Paris*, 19 juin 1914.
- LUQUE. — Adaptation du raccourcissement intra-péritonéal des

- ligaments ronds à l'incision de Pfannenstiel. *Rev. Espanola de Obst. y Gynecol.*, mai 1923.
- MACREZ. — Sur l'opportunité du traitement des rétro-déviationes utérines. *Marseille Médical*, août 1928, pp. 205-211.
- MARION. — De l'oblitération du cul-de-sac de Douglas. *Revue de Gyn. et de Chir. abdominale*, juin 1909, p. 465.
- MASSERET (C.). — De l'hystéropexie abdominale (Technique. Résultats). — Th. Paris, 1902-1903.
- MAZADE. — Traitement de la rétroversion utérine par le raccourcissement des ligaments ronds noués au-devant des muscles droits. Th. Lyon, 1901-1902.
- MICHEL (G.). — Suites éloignées d'une opération de Doléris. *Bull. Soc. d'Obs. et Gyn. de Nancy*, nov. 1924, pp. 105-106.
- MOSSÉ. — Occlusion intestinale consécutive à une ligamentopexie. *Paris Chirurg.*, 1923, pp. 301-306.
- MUNCH (F.). — Traitement opératoire des rétro-déviationes utérines. *Semaine Médicale*, 17 juin 1903, p. 203.
- NAULLAU (H.). — Ligamentopexie. Procédé de C. Beck (New-York). Th. Paris, 1899-1900.
- ORTODOXU. — Ligamentopexie et Isthmopexie dans les rétro-déviationes utérines. Th. Paris, 1922.
- PÉLAVSKY (M^{lle} E.). — Résultats éloignés des hystéropexies abdominales faites par le procédé de Doléris. Th. Paris, 1915-1916.
- PELLANDA. — Un procédé d'hystéropexie ligamentaire : le Doléris-Pfannenstiel. *Rev. Fr. de Gyn. et d'Obs.*, Paris, 1925, pp. 40-49.
- PETIT. — A propos du raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds. *Sem. Gyn.*, 1898.
- PETIT-DUTAILLIS. — Ligamentopexie abdominale avec un segment libéré des ligaments ronds. *Gynécologie*, Paris, 1925. t. XXIV, pp. 573-578.
- PROUST (R.). — Technique des interventions chirurgicales dans les rétroversions de l'utérus en dehors de la grossesse. (Rapport au III^e Congrès de l'Ass. de Gyn. et Obst. de Langue française.

- Genève, 9-11 août 1923) in *Gynécol. et Obstétrique*, t. VIII, n° 2, pp. 123-140.
- PROUST (R.). — L'intervention chirurgicale dans les rétro-déviation^s de l'utérus. *Paris Médical*, 15 décembre 1928, pp. 531-537.
- PROUST et CHARRIER. — Chirurgie de l'Appareil génital de la femme (Masson, 1927), pp. 217-220.
- RICHELOT (G.). — Sur le traitement de la rétroversion utérine. Raccourcissement du ligament rond par inclusion pariétale. *La Gynécologie*, 1900, pp. 97-105.
- RICHELOT (G.). — Sur le traitement de la rétroversion utérine. Raccourcissement des ligaments ronds par inclusion pariétale. *La Gyn.*, 1900, p. 971 et oct. 1905.
- RICHELOT (G.). — Chirurgie de l'utérus. Paris, 1902, p. 153.
- SÉNÉCHAL (M.) et ROUZAUD (P.). — Les hystéropexies. Une technique nouvelle. Ses avantages. Résultats. *Gaz. des Hôp.*, n° 34, 26 avril 1930, pp. 629-634.
- SHIMASAKI. — Topographie anatomic Studies round ligaments in japanase Women. *Folia anatomica japonica*, vol. VIII, 1929, pp. 79-107.
- TIKANADZÉ. — Les résultats du traitement des rétro-déviation^s de l'utérus par le procédé de Doléris-Gilliam. *Gyn. et Obst.*, avril 1929, pp. 304-320.
- VANDER ELST (M.). — Une nouvelle technique de pexie utérine pour rétroversion. *Arch. Franco-Belges de Chirurgie*, avril 1927, pp. 310-325.
- VILLARD. — Traitement de la rétroversion utérine par le raccourcissement des ligaments ronds. *Revue pratique d'Obst. et de Gyn.*, 1904, p. 45.
- VILLARD et LABRY. — De la ligamentopexie par auto-ligature des ligaments ronds dans le traitement de la rétroversion utérine. Procédé extra et intra-péritonéal. *Rev. Fr. de Gyn. et d'Obs.*, avril 1930, pp. 233-246.
- WEBER. — A propos de la déligamentopexie. *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, Paris, 1928, p. 855.

WERNER. — Le raccourcissement sous-vésical des ligaments ronds dans la rétroflexion utérine. *Zentralbl. für Gyn.*, 6 mars 1926.

WERTH. — Sur la combinaison de l'incision transversale de Pfannenstiell et du raccourcissement des ligaments ronds dans le traitement opératoire de la rétroflexion.

WYLIE (W. Gill). — Surgical treatment of retroversion of the uterus with a method of shortening of the round ligaments. (*Amer. Jour. of Obst.*, 1889, t. XXII, p. 478.

III^e Congrès de l'Ass. de Gyn. et Obs. de Langue française, Genève, 9-11 août 1923. Discussions des rapports et communications in Gynécologie et Obstétrique, t. VIII, n^o 3, pp. 262-282.

SAINT-AMAND (CHER). — IMP. R. BUSSIÈRE. 23-11-1931

